

REFUS de SOIN en ONCOLOGIE chez l'ADULTE

Date : 12/12/2014

Sommaire

○ Introduction	p 3
○ Définition	p 4-6
○ Epidémiologie en cancérologie	p 7
○ Les différents types de refus de soin	p 8
○ Les différentes modalités de refus de soin	p 9
○ Contexte médico-légal	p 10
○ Démarche analytique	p 11
○ Préalable	p 12
○ Discernement	p 13
○ Information	p 14
○ Compréhension des enjeux	p 15
○ Contexte	p 16
○ Principes généraux	p 17
○ Conduite à tenir multidisciplinaire devant un refus de soin (arbre décisionnel)	p 18
○ Cas particuliers	p 19-21
○ Recommandations CCNE	p 22
○ Annexe : contexte-légal	p 23
○ Annexe : Modèle type (proposition)	p 24
○ Annexe : bibliographie	p 25
○ Contributeurs	p 26

INTRODUCTION

- Un refus de soin est une situation difficile tant pour les soignants que pour le patient et ses proches.
- Difficilement évaluable, il interpelle tant sur le plan relationnel que médico-légal et éthique. Cette complexité est renforcée en cancérologie, en raison de l'implication du risque vital et de la difficile évaluation du rapport bénéfice/risque.
- Il est nécessaire d'accueillir le refus de soin comme demande, interpellation et incitation à la communication et non pas comme ingratitude, mise en cause, ou rejet de notre fonction soignante.
- C'est la condition pour :
 - tenter de comprendre ce que le refus veut dire (signification consciente et parfois inconsciente)
 - accompagner le sujet vers une décision (refus ou acceptation des soins) qui lui soit propre
 - concilier le dilemme entre principes de bienveillance et d'autonomie.

DEFINITION (1)

On parle de refus de soin lorsque malgré un processus décisionnel partagé une proposition de soin adéquate et consensuelle ne peut être trouvée avec le patient : *le refus de soin commence lorsque le consensus n'est plus possible.*

→ une proposition de soin différente de la proposition initiale de l'équipe oncologique, notamment en terme d'optimisation de la survie, n'est pas une situation de refus de soin mais l'aboutissement d'une décision médicale partagée (exemples : refus d'un examen invasif, refus d'une énième ligne de chimiothérapie en phase palliative, report d'un acte chirurgical pouvant entraîner un impact sur la survie...)

L'objectif de ce référentiel est de proposer des règles d'analyse et de compréhension des situations de refus de soin, appuyées sur une prise en charge multidisciplinaire.

L'enjeu est de maintenir une relation thérapeutique et si possible, de faire évoluer le refus vers un accord sur une proposition de soin qui peut être différente de la proposition initiale.

DEFINITION (2)

- Il importe de ne pas confondre le *refus* de soin avec le *renoncement* aux soins en raison de barrières, le plus souvent économiques, les rendant inaccessibles au sujet.
- Ces situations de barrière aux soins doivent être recherchées systématiquement et amener à une proposition accessible et adéquate, notamment par l'intégration d'acteurs du service social dans la prise en charge multidisciplinaire ([IRDES, 2011](#)).

Cf. Référentiels AFSOS sur l'accompagnement social :

- [Prise en charge de la précarité chez des personnes atteintes de cancer](#)
- [Prise en charge sociale](#)

Le refus de soin dont il s'agit dans ce référentiel traite de la prise en compte de l'autonomie du patient devant des soins supposés matériellement accessibles.

DEFINITION (3)

Prendre en compte un refus de soin doit initialement amener une analyse de la situation, qui tienne compte de :

- ce qui est refusé
- du moment du refus, de l'interlocuteur à qui il est exprimé
- de ses motifs exprimés ou tus
- du contexte social, familial, culturel et religieux du patient
- de son niveau d'information de la situation médicale et de ses représentations de la maladie et des traitements
- de la subjectivité du patient en lien avec son histoire personnelle.

Un refus de soin a un caractère dynamique, adaptatif, évolutif. Il ne peut se décliner d'emblée de façon binaire : c'est une invitation à construire une position médiane, qui tienne compte des valeurs de chacun.

○ EPIDEMIOLOGIE en CANCEROLOGIE

- **Difficultés d'évaluation : 0,4 à 40 % en fonction des soins concernés.**
- **Parmi les facteurs de risque retrouvés de façon variable dans la littérature médicale :**
 - **difficultés économiques**
 - **âge et espérance de vie limitée réelle ou jugée comme telle par le patient**
 - **habitat en zone rurale : difficultés géographiques d'accès aux soins**
 - **contraintes temporelles et organisationnelles**
 - **antécédents d'effets secondaires des traitements préalables importants ou jugés comme tels et peur des effets secondaires à venir**
 - **mauvaise estime de soi**
 - **troubles psychiatriques, par exemple phobies (claustrophobie...)**
 - **manque de support social : célibataire, sans enfant...**
 - **manque d'informations sur la prise en charge.**

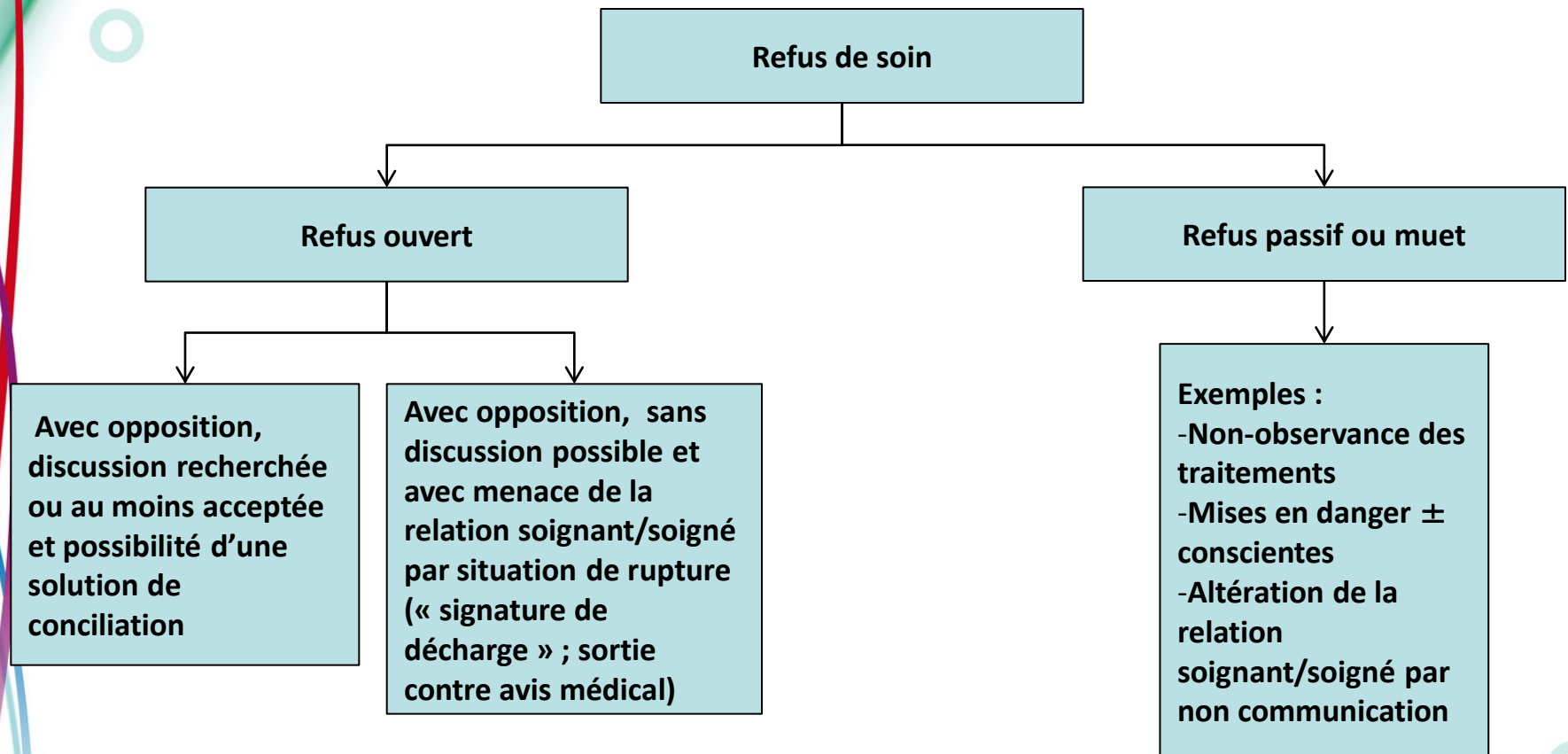
[Bornstein J, 2004 ; Oscarsson MG, 2008 ; Berg WA, 2010 ; Aizer AA, 2014 ; Hamidi M, 2010 ; Puts MT, 2010 ; Soriano MA, 2012 ; Li P, 2013 ; Liu CY, 2014.]

LES DIFFERENTS TYPES DE REFUS DE SOIN

- **Le patient peut refuser certains soins selon leur finalité, tant en situation curative que palliative :**
 - soins à visée de maintien d'une ou de plusieurs fonctions vitales défaillantes
 - soins spécifiques du cancer
 - soins à visée diagnostique (examens complémentaires)
 - soins de support, accompagnement social, soutien psychologique
 - soins d'hygiène et de confort
 - voire refus de toute prise en charge
- **Parfois ce n'est pas la finalité mais les conséquences du soin (ex : alopécie...) ou son acteur (refus d'un soignant particulier) qui sont refusés par le patient.**
- **Le refus de soin peut aussi être un moyen ultime de faire réagir l'autre et de faire entendre, aux soignants mais aussi à la famille, sa détresse.**

Avant tout, il s'agit pour le soignant de reconnaître et d'essayer de comprendre le refus et son contexte.

LES DIFFERENTES MODALITES DE REFUS DE SOIN



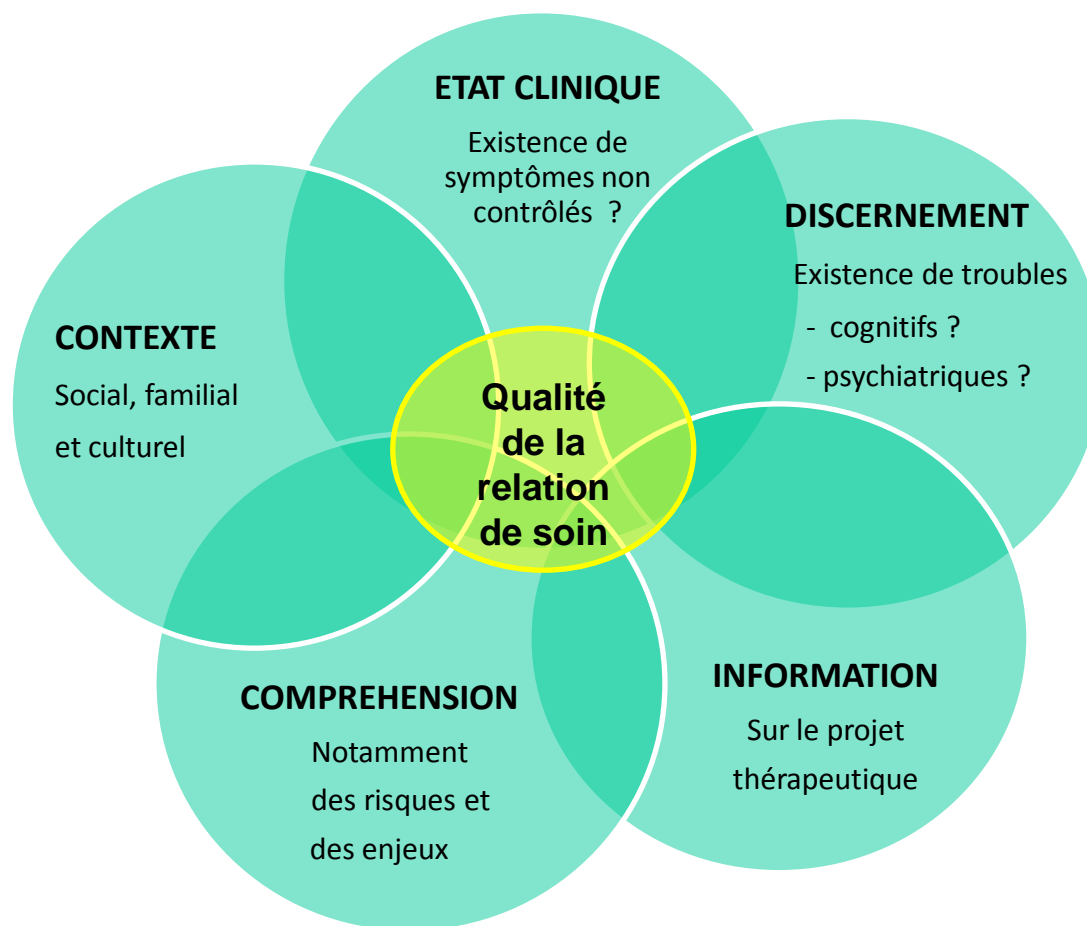
CONTEXTE MEDICO-LEGAL

Selon le code de la santé publique : [\(Cf. annexes\)](#)

- **le consentement (ou le refus) du patient doit être libre et éclairé.**
- **le médecin dispense une information claire, loyale et appropriée sur les risques issus du traitement proposé ainsi que sur ceux qui résulteraient d'une non-intervention.**
- **sauf situation exceptionnelle (urgence), aucun traitement ne peut être entrepris sans l'aval du patient ou à défaut les directives anticipées, la personne de confiance, la famille ou un proche doivent être consultés.**

L'information et le consentement (ou le refus) doivent être tracés dans le dossier médical du patient.

DEMARCHE ANALYTIQUE



DEMARCHE ANALYTIQUE : PREALABLE : QUALITE DE LA RELATION DE SOIN

**Construire les conditions d'une relation,
d'un dialogue et d'une analyse.**

- **Ecouter et entendre sans émettre de jugement ni être dans une interprétation abusive**
- **Comprendre et établir un dialogue à la recherche de sens**
- **S'appuyer sur un tiers avec l'accord du patient**
(médecin traitant, personne de confiance, famille, autre soignant...)
- **Donner la possibilité au patient de cheminer**

**Pas de jugement.
Ne pas exercer de pression, ni risquer la culpabilisation.**

DEMARCHE ANALYTIQUE : DISCERNEMENT

Refus de soin

Existe-t-il des symptômes dont la sévérité est susceptible d'altérer les capacités de discernement du patient et dont le traitement peut faire évoluer la situation ?

- symptômes physiques non contrôlés
- troubles cognitifs
- troubles psychiatriques

→ Principe d'autonomie : l'atteinte de ses capacités de discernement ne prive pas un patient de ses droits et de sa liberté : on ne peut pas passer outre son refus.

→ Rechercher la traçabilité des volontés du patient (directives anticipées, personne de confiance, proches...).

→ Principe d'assistance à personne en danger : on doit cependant lui porter assistance.

Cf. Référentiels AFSOS :

- [Prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte](#)
- [Prise en charge des Nausées-Vomissements Chimio-Induits](#)
- [Confusion mentale en cancérologie](#)
- [Dépression](#)
- [Anxiété](#)
- [Troubles psychotiques en cancérologie](#)
- [Comment orienter vers un accompagnement psychologique](#)

DEMARCHE ANALYTIQUE : INFORMATION

Vérifier la compréhension de l'information.

- **L'information émise par l'équipe soignante est-elle claire ?**
 - Le refus de soin peut naître d'une discordance d'infos.
 - Importance des échanges et décisions multidisciplinaires.
- **Qu'en a compris le patient ?**
 - Compréhension de la situation médicale ? du traitement ?
 - Si besoin, reformuler avec un vocabulaire adapté.
 - Si besoin, vérifier la compréhension familiale.

➔ **Cas particulier de professionnels de santé malades : savoir respecter leur position de patient, sans préjuger de leur niveau d'information.**

Clarté et cohérence du projet de soin pour l'équipe, le patient et sa famille.

DEMARCHE ANALYTIQUE : COMPREHENSION des ENJEUX

Comprendre la représentation pour le patient du rapport bénéfice/risque.

- Compréhension des risques encourus ?
- Représentations associées aux soins ?
- Finalités et attentes associées aux soins ?
- Prise en compte du système de valeurs du patient.
- Existence d'alternatives aux traitements proposés ?

○ DEMARCHE ANALYTIQUE : CONTEXTE

Evaluer le contexte social, familial, culturel et psychologique.

- **Freins contextuels et/ou culturels ?** isolement social...
- **Freins familiaux ?** place du patient dans la famille, norme familiale, contraintes et charges du patient...

Rechercher un appui et une médiation

- **auprès des proches**
- **auprès du médecin traitant**
- **auprès d'un autre professionnel** (avec possibilité de consultation multidisciplinaire)

Orientation vers un psychologue pour offrir un espace de parole et de soutien, aider à évaluer la situation globale, et non pour stigmatiser l'attitude de refus.

QUELQUES PRINCIPES GENERAUX

Refus de soin

• **Devant une situation de refus :**

- **Maintenir et rétablir une relation de confiance dans une reconnaissance mutuelle.**
- **Donner du temps, laisser cheminer.**
- **Laisser la possibilité au patient de changer d'avis.**
- **Réévaluer, reformuler et chercher un compromis, une médiation.**
- **Discuter en équipe pluridisciplinaire afin d'arriver à un consensus et à une cohérence.**
- **Inscrire le soin dans un projet d'accompagnement du patient et de son entourage.**
- **Tracer l'ensemble du processus est essentiel : l'information donnée, discussions, décision.**
- **Expliquer la situation à la famille, l'entourage, les aidants dans le respect du secret médical.**

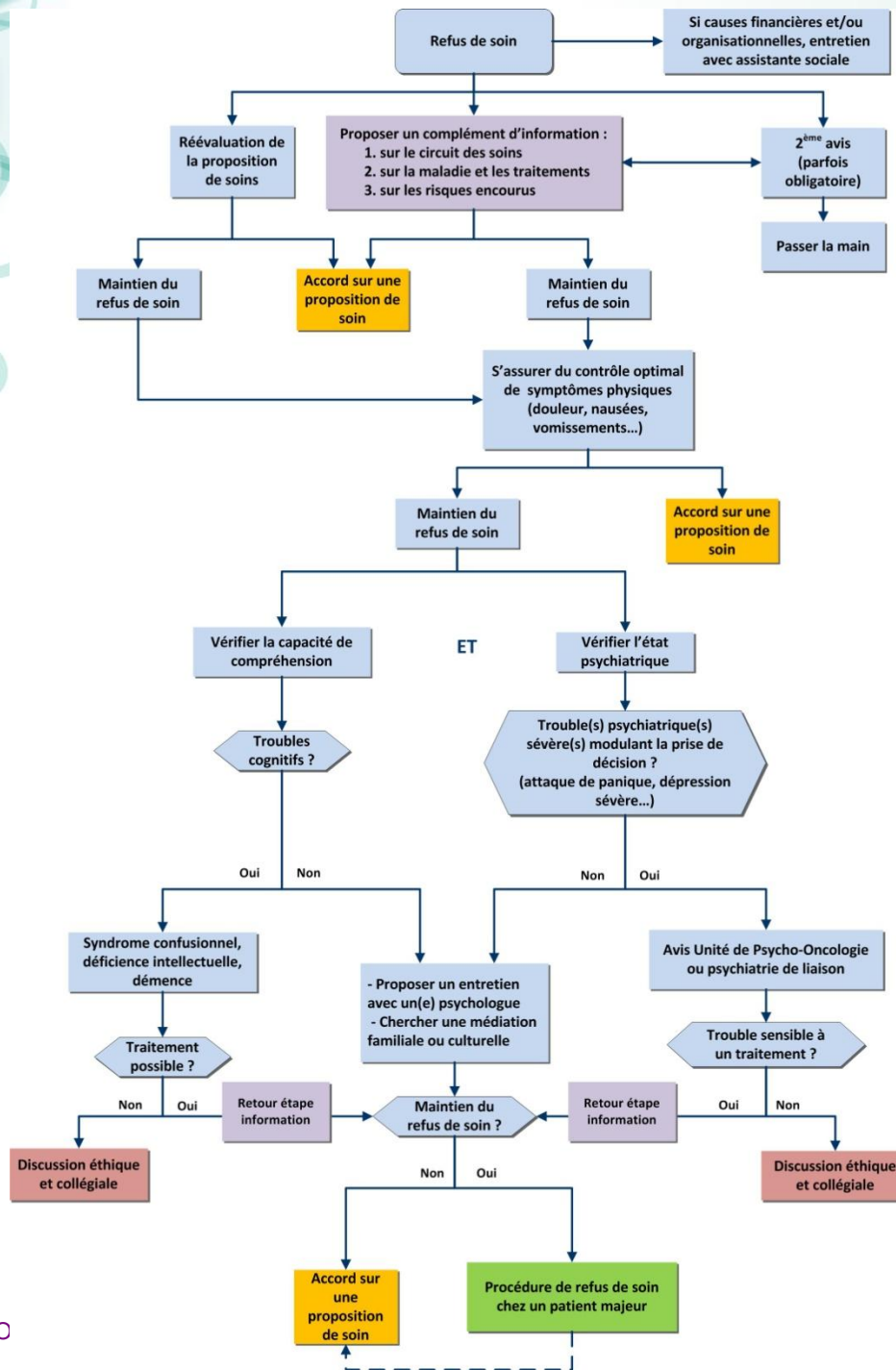
• **Après une situation de refus :**

- **En reparler en équipe à distance pour un retour d'expérience.**

• **En cas de prise d'un 2^{ème} avis médical : savoir passer la main.**

L'essentiel est de maintenir le lien avec le patient, et d'éviter une rupture totale, qui le priverait de tout soin.

Refus de soin



CONDUITE A TENIR MULTIDISCIPLINAIRE DEVANT UN REFUS DE SOIN

CAS PARTICULIERS : Témoins de Jéhovah

- Un médecin peut refuser la prise en charge d'un Témoin de Jéhovah pour des raisons professionnelles ou personnelles, hors urgence, mais il doit donner le nom d'un confrère ou d'un établissement ou transmettre les informations utiles à un médecin désigné par le patient en application de l'article R4127-47 du code de la santé publique ([Cf. annexe](#)).
- Hormis le cas de l'urgence vitale imminente, si le médecin transfuse le patient, il sera susceptible d'engager sa responsabilité civile ou pénale. Néanmoins, il pourra également être poursuivi en cas de non assistance à personne en danger. Face à un patient Témoin de Jéhovah, si une transfusion est nécessaire, il faut user de tous les moyens pour l'en convaincre.
- Si le patient persiste dans son refus de transfusion, il est possible :
 - soit de le confier à une autre équipe qui prend en charge les Témoins de Jéhovah
 - soit de l'informer qu'en cas de danger immédiat pour sa vie, une transfusion sera néanmoins réalisée (sur ce point la jurisprudence est partagée).

Dans ces cas particuliers, la traçabilité de chaque étape est d'autant plus nécessaire.

CAS PARTICULIERS : MINEUR / MAJEUR PROTEGE (tutelle, curatelle)

- Le consentement du mineur ou du majeur protégé, à défaut celui de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur doit toujours être recherché,.
- Le curateur peut assister le patient dans son consentement, le tuteur le représente.
- Le refus d'un majeur protégé doit être respecté sauf si son discernement est altéré. On recherchera alors le consentement du tuteur et, sauf si l'urgence le rend impossible, celui du juge des tutelles. En situation d'urgence, le médecin délivre les soins indispensables.
- En cas de refus du tuteur ou du représentant de l'autorité parentale, le médecin peut selon les conséquences possibles du refus saisir l'autorité judiciaire (procureur de la République). En situation d'urgence, il délivre les soins indispensables.

(Cf. annexe : CSP art L.1111-4 alinéa 6)

CAS PARTICULIERS : PATIENTS SDT / SDRE

SDT : soins à la demande d'un tiers

SDRE : soins à la demande d'un représentant de l'état

Ces modes d'hospitalisation sont relatifs aux **soins psychiques en milieu psychiatrique** et ne concernent pas les soins somatiques.

Lorsqu'un patient hospitalisé sous contrainte en psychiatrie nécessite des soins somatiques :

- **soit il accepte ces soins**
 - si le tableau psychiatrique l'autorise, la mesure est levée et le patient transféré : il reçoit des soins somatiques avec son consentement
 - si la mesure ne peut pas être levée : il est possible exceptionnellement et brièvement qu'il soit hospitalisé en milieu somatique avec une surveillance continue du personnel psychiatrique.
- **soit il refuse ces soins**
 - ce refus est a priori respecté sauf lorsqu'il y a une urgence somatique, auquel cas il est parfois possible, dans le cadre d'une discussion éthique stricte, de le contraindre à certains soins somatiques.

(Cf. annexe : loi du 5/07/2011)

Recommandations du Comité Consultatif National d'Éthique

CCNE, Refus de traitement et autonomie de la personne, Avis n° 87- 14 Avril 2005

- 1 – Tout faire pour éviter que les décisions importantes ne soient prises qu'en situation critique.
- 2 – Promouvoir le sentiment et des attitudes de reconnaissance mutuelle ; en dehors d'une situation d'extrême urgence le médecin ne doit jamais imposer une solution thérapeutique ; il ne doit pas non plus adopter une attitude de fuite, d'abandon ou de chantage.
- 3 – Ne pas céder à l'obsession médico-légale du concept de « non assistance à personne en péril ».
- 4 – Etre conscient qu'une information doit, dans toute la mesure du possible, être progressive, évolutive en fonction du temps, tenant compte d'éventuels phénomènes de sidération psychique et au besoin réévaluée.
- 5 – Etre sensible au fait qu'une information est l'expression de faits ou d'opinions explicités de façon apparemment objective, fondés sur un savoir porté par une personne, mais qui s'adressent à la subjectivité d'une autre personne.
- 6 – Etre conscient que, dans la rencontre de deux libertés, la compassion comporte le piège de l'abus d'autorité.
- 7 – Ne pas présumer l'absence totale de liberté pour éviter de prendre en compte un refus de traitement.
- 8 – Réfléchir à une nouvelle compréhension de la déontologie médicale qui tienne compte de l'évolution culturelle d'une revendication croissante à l'autonomie.
- 9 – Comme toujours en situation de crise, recourir non seulement à un deuxième avis, mais aussi à un processus de médiation ou à une fonction médiatrice, pour ne pas laisser seuls face à face le médecin et le malade ou le médecin et une famille.
- 10 – Accepter de passer outre un refus de traitement dans des situations exceptionnelles tout en gardant une attitude de modestie et d'humilité susceptible d'atténuer les tensions et de conduire au dialogue.
- 11 – Respecter la liberté individuelle tant qu'elle ne s'approprie pas la liberté d'autrui.

ANNEXE : CONTEXTE LEGAL

• Lois :

- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Article 16-3 du Code Civil
- **Code de la santé publique (CSP) :**
 - Article L 1111-4, Article L 1111-5, Article L 1112-2, Article L 3213-1
 - Article R4127-47 du code de la santé publique
 - Article R4127-1 à R4127-112
- **Code pénal :** Article 223-6 : non-assistance à personne en danger

• Circulaire

Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

ANNEXE : Attestation de refus de soin : modèle type (proposition)

Je soussigné(e),

Docteur.....**Service**.....

certifie que **M. , Mme, Melle**.....a reçu par mes soins, **en date du**une information complète et loyale sur son état de santé, les traitements proposés, leur utilité, les conséquences éventuelles qu'ils comportent et sur les risques pour sa santé que lui fait encourir sa décision de refus de soins.

Je lui ai mentionné qu'un changement d'avis est toujours possible et que je reste à sa disposition.

Type d'information donnée :

Description des risques éventuels :

Signature du médecin :

Je soussigné(e),

NOM :**Prénom** :

Né(e) le : atteste avoir reçu une information complète et loyale par le Docteur....., relative aux risques éventuels qui seront liés à ma décision de refus de soin et l'avoir parfaitement comprise. Toutefois, je maintiens ma volonté de ne pas recevoir les soins appropriés à mon état en acceptant de prendre ces risques pour ma santé. En conséquence, je décharge ce praticien ainsi que l'établissement de toute responsabilité. J'ai également entendu que je pouvais changer d'avis et solliciter de nouveau mon médecin et/ou l'établissement.

Date :**Heure** :

Signature du patient précédée de la mention « Lu et approuvé »

[→ Télécharger l'attestation en format pdf](#)

ANNEXE : bibliographie

Aizer AA, Chen MH, Parekh A, Choueiri TK et al.

Refusal of curative radiation therapy and surgery among patients with cancer.

[Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2014 ;89:756-64.](#)

Berg WA1, Blume JD, Adams AM, Jong RA *et al.*

Reasons women at elevated risk of breast cancer refuse breast MR imaging screening: ACRIN 6666.

[Radiology. 2010 ;254 :79-87.](#)

Bornstein J, Bahat-Sterensus H.

Predictive factors for noncompliance with follow-up among women treated for cervical intraepithelial neoplasia.

[Gynecol Obstet Invest. 2004;58:202-6.](#)

Hamidi M, Moody JS, Kozak KR.

Refusal of radiation therapy and its associated impact on survival.

[Am J Clin Oncol. 2010 ;33:629-32.](#)

Li P, Li F, Fang Y, Wan D et al.

Efficacy, compliance and reasons for refusal of postoperative chemotherapy for elderly patients with colorectal cancer: a retrospective chart review and telephone patient questionnaire.

[PLoS One. 2013;8 :e55494.](#)

Liu CY, Chen WT, Kung PT, Chiu CF *et al.*

Characteristics, survival, and related factors of newly diagnosed colorectal cancer patients refusing cancer treatments under a universal health insurance program.

[BMC Cancer. 2014 ; 17:14:446.](#)

Oscarsson MG, Wijma BE, Benzein EG.

'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority...'--why women choose not to attend cervical cancer screening.

[Health Expect. 2008;11:26-34.](#)

Puts MT, Monette J, Girre V, Wolfson C et al.

Characteristics of older newly diagnosed cancer patients refusing cancer treatments.

[Support Care Cancer. 2010 ;18:969-74.](#)

Soriano MA, Lagman R.

When the patient says no.

[Am J Hosp Palliat Care. 2012 ;29 :401-4.](#)

[\(IRDES, 2011\)](#)

CONTRIBUTEURS

Refus de soin

Coordination

ADAM Virginie (VANDOEUVRE LES NANCY) - **DAUCHY** Sarah (VILLEJUIF)

Membres du groupe de travail

BARRUEL-SINIMALE Florence (MONTFERMEIL), **CHEVALLOT** Sabine (VILLEJUIF), **DELANGHE** Mireille (TOULOUSE), **DIAB** Rafik (EPINAL), **DIONISIO** Marlène (VANDOEUVRE LES NANCY), **DOMINGO** Luce (TOULOUSE), **DUBUC** Myriam (VANDOEUVRE LES NANCY), **DUFLOT** Etienne (VANDOEUVRE LES NANCY), **EBERL MARTY** Ariane (CASTRES), **FAIVRE** Jean-Christophe (VANDOEUVRE LES NANCY), **GOBERT** Emmanuelle (TOULOUSE), **HENRY** Aline (VANDOEUVRE LES NANCY), **LAFON** Samuel (BLAGNAC), **LAVAL** Hélène (VANDOEUVRE LES NANCY), **LEBIHAN** Anne-Solenn (PARIS), **LOMBARD** Isabelle (BORDEAUX), **MARCHAL** Frédéric (VANDOEUVRE LES NANCY), **MARHOFFER** Agathe (VANDOEUVRE LES NANCY), **MATHIS** Pierre (VANTOUX), **MONTAUT** Thierry (VANDOEUVRE LES NANCY), **PERRIN** Lucie (VANDOEUVRE LES NANCY), **PREAUBERT-SICAUD** Christine (MONTAUBAN), **RAFT** Julien (VANDOEUVRE LES NANCY), **REICH** Michel (LILLE), **RIOS** Maria (VANDOEUVRE LES NANCY), **SPAETH** Dominique (NANCY), **THOMAS** Elisabeth (VANDOEUVRE LES NANCY), **VEROTTE** Nelly (VILLEJUIF), **ZAMITH-CHAVANT** Marion (TOULOUSE).

Coordination méthodologique

BLOCK Véronique (VANDOEUVRE LES NANCY)

Approbateurs (Participants aux ateliers des J2R du 11 décembre 2014)

ADER Géraldine (CORNEBARRIEU), **ARBIOL** Evelyne (LYON), **BANSARD** Emmanuelle (MONTFERMEIL), **BARRUEL** Florence (MONTFERMEIL), **BAUDIN** Laurie (ANGOULEME), **BAUDOIN** Delphine (AIX EN PROVENCE), **BERGIA** Jean-Marc (TOULOUSE), **BEVILACQUA** Isabelle (TOULOUSE), **BIGEARD** Charlene (LYON), **BLOCK** Véronique (VANDOEUVRE LES NANCY), **BOURGADE** Gilles (TOULOUSE), **BRILLAXIS** Pierre (BAYONNE), **CAMPERGUE** Marie-Christine (TOULOUSE), **CHAIT** Yasmina (MONTFERMEIL), **CHAIX** Alice (MARSEILLE), **CHAUFFOUR-ADER** Claire (TOULOUSE), **CHRYSOSTOME** Marion (LYON), **CHVETZOFF** Gisèle (LYON), **COLOMBAT** Philippe (TOURS), **CORAZZA** Nathalie (TOULOUSE), **CORRA** Corine (TOULOUSE), **DELANGHE** Mireille (TOULOUSE), **DELCROIX** Violette (TOULOUSE), **DELUCA** Caroline (BORDEAUX), **DIETRICH** Peggy (METZ), **DUHAMEL** Marie-Luce (LISIEUX), **DUPONT** Ludivine (TOULOUSE), **DUPORT** Véronique (SAINT-MARCELLIN), **GALLAY** Caroline (MONTPELLIER), **GILBERT-FONTAN** Emilie (TOULOUSE), **GUIBERTEAU** Sylvaine (ST DENIS DE LA REUNION), **JAR** Sophie (MONTFERMEIL), **JOULOT** Marie-Christine (TOULOUSE), **KERDRAON** Pascale (BREST), **LAFON** Samuel (BLAGNAC), **LEMAITRE** Elise (TOULOUSE), **LERICHE** Sylvie (TOULOUSE), **LORIN-ZURBUCH** Lucie (MONTAUBAN), **MARTIN** Anne (TOULOUSE), **MAYEUR** Didier (VERSAILLES), **MEREL-VEVOZ** Claude (TOULOUSE), **MONTFORT-KUSZ** Michelle (NANCY), **MORRIS** Catherine (RODEZ), **MOURCEINS** Marion (TOULOUSE), **PAROT-MONPETIT** Anny (VANNES), **PIPLARD** Nathalie (CORNEBARRIEU), **PREAUBERT-SICAUD** Christine (MONTAUBAN), **REBOIS** Sophie (AVEYRON), **RIFF** Audrey (LYON), **SARDOU** Emmanuelle (TOULOUSE), **SIMONETTI** Viviane (TOULOUSE), **STECKERMANS-SAEZ** Chantal (TOULOUSE), **SŪLPICE** Monique (STE ANNE GUADELOUPE), **TEQUI** Véronique (LYON), **THIRRY** Dominique (LYON), **ZAMITH-CHAVANT** Marion (TOULOUSE).